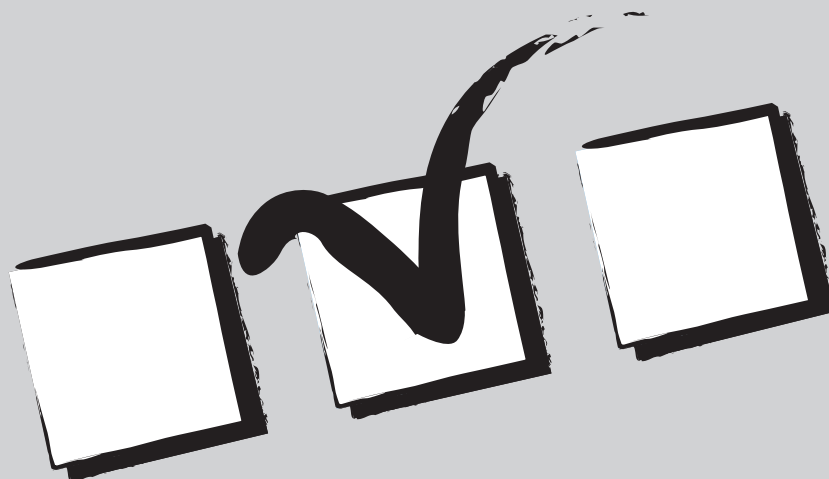


QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION



Date d'entrée :

Date de sortie :

Hôpital Saint-Philibert Hôpital Saint-Vincent de Paul

Clinique Saint-Marie

Service d'hospitalisation :

N° de chambre :

Vous venez d'être hospitalisé(e) dans l'un des établissements du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille. Nous nous sommes efforcés de rendre votre séjour aussi agréable que possible. Avant de quitter l'établissement, nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire qui nous permettra d'améliorer l'accueil, la qualité des services et des soins que nous dispensons.

Lors de votre sortie, nous vous remercions de le déposer dans la boîte aux lettres située à l'accueil. Vous pouvez également l'adresser par la poste au Directeur de l'établissement.

Les remarques que vous ferez seront strictement confidentielles.

La Direction

À VOTRE ARRIVÉE

Vous avez trouvé l'accès à l'établissement :

Très facile Facile Assez difficile Difficile

Le stationnement vous a paru :

Très facile Facile Assez difficile Difficile Non concerné

Dans l'établissement, l'accès aux services vous a paru :

Très facile Facile Assez difficile Difficile

L'ACCUEIL

Quelle a été votre impression concernant l'accueil du personnel :

• aux admissions

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante Non concerné

• aux urgences

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante Non concerné

• dans le service d'hospitalisation

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante

Si votre hospitalisation était programmée, avez-vous disposé d'une chambre dès votre arrivée :

Oui Non Non concerné

Vous a-t-on remis le guide d'accueil :

Oui Non

Si oui, y avez-vous trouvé les informations utiles et claires :

Oui Non

Les conditions de l'accueil permettent la confidentialité des informations échangées :

Oui Non

Si vous avez été admis en urgence et si vous avez attendu, le délai d'attente vous a semblé :

Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas satisfaisant Non concerné

DURANT VOTRE SÉJOUR

Avez-vous eu connaissance de l'identité et de la fonction de vos interlocuteurs :

Toujours Souvent Parfois jamais

La disponibilité du personnel soignant vous a paru :

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante

La disponibilité du personnel médical vous a paru :

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante

Les soins vous ont été dispensés avec respect :

Oui Non

La confidentialité sur votre état de santé a été respectée de manière :

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante

Vous estimez que votre intimité a été respectée de manière :

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante

Si votre mobilité était réduite, l'aide apportée aux activités de la vie quotidienne (repas, toilette, ...) vous a semblé :

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante Non concerné

Vos valeurs culturelles (alimentation, religion, ...) ont été respectées de manière :

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante Non concerné

Si vous avez bénéficié d'examens complémentaires :

• votre examen s'est déroulé de manière

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante Non concerné

• l'organisation des déplacements nécessaires pour les examens vous a paru

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante Non concerné

• si vous avez attendu, les délais d'attente pour la réalisation des examens vous ont paru

Très satisfaisants Satisfaisants Peu satisfaisants Pas satisfaisants Non concerné

Si vous avez eu besoin d'un traitement contre la douleur :

• la rapidité avec laquelle le traitement a été délivré vous a semblé

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante Non concerné

• son efficacité vous a semblé

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante Non concerné

Vous a-t-on proposé de désigner une personne de confiance :

Oui Non

Que pensez-vous de l'information reçue sur votre état de santé :

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante

LE CONFORT HÔTELIER

Dans votre chambre, vous avez trouvé :

• le mobilier

Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas satisfaisant

• la propreté

Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas satisfaisant

• le bruit

Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas satisfaisant

• la température

Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas satisfaisant

Qu'avez vous pensé des repas :

• la qualité de la nourriture

Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas satisfaisant

• la quantité de la nourriture

Trop abondante Suffisante Insuffisante

• la variété des menus

Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas satisfaisant

• la température

Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas satisfaisant

Les prestations :

• le téléphone

Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas satisfaisant Non concerné

• la télévision

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante Non concerné

• la cafétéria

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante Non concerné

• la bibliothèque

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante Non concerné

Si la personne hospitalisée est votre enfant :

• l'aménagement du service vous a paru

Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas satisfaisant Non concerné

• l'équipe soignante a répondu à vos inquiétudes de manière

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante Non concerné

• si votre enfant est en âge de comprendre, a-t-il été informé sur le déroulement des soins

Oui Non Non concerné

• avez-vous pu participer aux soins de votre enfant

Oui Non Non concerné

• à votre demande, avez-vous pu rester auprès de lui

Oui Non Non concerné

VOTRE DÉPART

Comment considérez-vous l'information reçue :

• sur vos conditions de sortie (jour, heure, mode de transport, formalités administratives)

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante

• sur le traitement et les soins à poursuivre

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante

Accepteriez-vous d'être de nouveau hospitalisé dans le même service en cas de besoin :

Oui Non

Comment considérez-vous l'ensemble de votre séjour au sein de l'établissement :

Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas satisfaisant

Ce questionnaire a été rempli par : le patient un proche

COMMENTAIRES, OBSERVATIONS, SUGGESTIONS :

.....
.....
.....
.....
.....
.....